N° 89-653-X2015007 au catalogue
ISBN 978-0-660-03138-5

Les déterminants sociaux d'un niveau élevé de souffrance mentale chez les Inuits

par Thomas Anderson

Date de diffusion : le 17 novembre 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Introduction

Bien que la santé mentale soit un enjeu important pour n'importe quelle population, elle est particulièrement pertinente pour les Inuits. Au cours de la dernière décennie, l'Inuit Tapiriit Kanatami (l'organisation nationale des Inuits au Canada) a identifié le bien-être mental comme le plus important problème de santé pour les Inuits au Canada (Groupe de travail sur le bien-être mental des Inuits Alianait, 2007).

La santé mentale est un indicateur du bien-être communautaire et social, qui influe sur la participation à tous les aspects de la vie (Herrman, Saxena et Moodie, 2004). Des résultats négatifs en matière de santé mentale ont été liés à tout un éventail de problèmes, y compris un manque de liens sociaux (Kawachi et Berkman, 2001; Kral et coll., 2003), un faible revenu (Caron et Liu, 2010) et des problèmes de santé physique chroniques (Scott et coll., 2007). En outre, bien que la souffrance mentale ne soit pas le seul contributeur pertinent aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide, il a été démontré qu'elle joue un rôle considérable (Ayalon, Mackin, Arean, Chen, et McDonel Herr, 2007).

Plusieurs courtes échelles d'évaluation ont été élaborées pour surveiller la prévalence de la détresse psychologique non spécifique, désignée sous l'appellation souffrance mentale dans le présent article (Kessler et coll., 2002). La souffrance mentale constitue une forte indication générale de troubles mentaux au sein d'une population donnée.

Bien que l'analyse de la souffrance mentale chez les Inuits constitue un important secteur de recherche, plusieurs études qui relient la santé mentale chez les Inuits à des facteurs explicatifs potentiels tendent à être pour la plupart de nature qualitative (Kirmayer et coll., 2007; Kral et coll., 2009; Tester et McNicoll, 2004). En outre, les études quantitatives existantes sur la santé des Inuits tendent à être principalement axées sur les résultats physiques et généraux en matière de santé et sur des facteurs explicatifs (Bjerregaard, Young, Dewailly et Ebbesson, 2004; Tait, 2008; Wallace, 2014) ou portent spécifiquement sur le suicide (Isaacs, Keogh, Menard et Hockin, 1998)[1].

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme « les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent y compris le système de santé » (Organisation mondiale de la Santé, 2014). L'Inuit Tapiriit Kanatami a élaboré son propre ensemble de déterminants sociaux applicables à la santé des Inuits (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). La présente étude utilise l'approche des déterminants sociaux de l'Inuit Tapiriit Kanatami ainsi que les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 pour éclairer les différents types de circonstances, de relations et de comportements qui sont associés à la souffrance mentale chez les Inuits.

1. Michel Lucas et coll. ont examiné le lien entre la nutrition et la détresse psychologique chez les Inuits. Cependant, les résultats de leurs travaux se limitaient spécifiquement aux Inuits vivant au Nunavik et n'ont pas été vérifiés dans l'ensemble de l'Inuit Nunangat (Lucas et coll., 2009; Lucas et coll., 2010).

Source des données, concepts et méthodes

Enquête auprès des peuples autochtones de 2012

L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 est une enquête nationale menée auprès des membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits qui étaient âgés de six ans et plus au 1er février 2012. Elle exclut les personnes vivant dans les réserves indiennes et dans les établissements indiens ainsi que les personnes vivant dans certaines communautés des Premières Nations au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. L'enquête a été menée du 6 février au 31 juillet 2012. Son échantillon d'environ 50 000 répondants était tiré du bassin des répondants ayant déclaré une identité autochtone ou une ascendance autochtone à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011.

La population visée par la présente étude est constituée de personnes qui ont déclaré être des Inuits à l'EAPA de 2012. Elle se limite aux personnes âgées de 18 ans et plus vivant dans l'Inuit Nunangat[2]. Les personnes qui ont répondu à l'enquête par personne interposée ont également été exclues de l'analyse, puisqu'on ne leur avait posé aucune des questions de l'échelle K10. On a ainsi obtenu un échantillon final de 2 571.

Échelle de détresse psychologique de Kessler

L'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (échelle K10) ainsi que sa version abrégée K6 ont été validées à l'occasion de nombreuses études, et on a démontré qu'elles permettent de prédire de façon fiable les troubles de santé mentale[3] (Kessler et coll., 2002; Cornelius, Groothoff, van der Klink et Brouwer, 2013). Bien qu'aucune échelle fondée sur un nombre restreint de questions ne puisse remplacer une évaluation complète de diagnostic psychologique, la variable dérivée de l'échelle K10 offre un aperçu utile de la souffrance mentale dans une population donnée.

L'EAPA de 2012 utilisait l'échelle K10 pour estimer la détresse psychologique. L'échelle était fondée sur dix questions de l'EAPA de 2012. Toutes les questions comportaient la même introduction : « Au cours du dernier mois, c'est-à-dire du [date d'il y a un mois] à hier, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) ». Les dix éléments étaient « épuisé(e) sans véritable raison », « nerveux/nerveuse », « si nerveux/nerveuse que rien ne pouvait vous calmer », « désespéré(e) », « agité(e) ou ne tenant pas en place », « si agité(e) que vous ne pouviez pas rester immobile », « triste ou déprimé(e) », « si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous réconforter », et enfin « que tout était un effort » et « bon(ne) à rien ».

On demandait aux répondants d'indiquer la fréquence de chaque élément de question sur une échelle à cinq points (0-4), de « jamais » jusqu'à « tout le temps ». Les résultats pour chaque élément de question ont été additionnés, de manière à accorder à chaque répondant une cote K10 variant de 0 à 40.

Avant son inclusion dans l'EAPA de 2012, l'échelle K10 n'avait jamais été utilisée à l'échelle nationale pour évaluer la santé mentale des Inuits, mais elle avait déjà été utilisée pour évaluer celle de la population totale au Canada (Caron et Liu, 2010). Cependant, une analyse récente a permis d'évaluer les propriétés psychométriques de l'échelle K10 pour la population inuite, de même que pour les Métis et les Premières Nations vivant hors réserve (Bougie, Arim, Kohen et Findlay, à venir). L'analyse a montré la nature unidimensionnelle de l'échelle et son association avec les autres concepts de santé mentale de l'EAPA, notamment la déclaration d'un trouble de l'humeur ou de l'anxiété, et la prévalence des idées suicidaires.

Cependant, l'analyse ne suggérait pas que l'échelle constitue un outil diagnostique fiable, puisqu'elle n'a pas été validée en comparaison d'un outil d'évaluation globale tel que la Composite International Diagnostic Interview(CIDI). En l'absence d'une telle validation, il n'est pas possible d'accorder une signification définitive à une cote spécifique de l'échelle. Par conséquent, l'échelle K10 a été traitée simplement comme une mesure de la souffrance mentale en général, et non pas comme un indicateur de trouble mental.

2. L'Inuit Nunangat est la patrie des Inuits au Canada. Elle comprend les communautés incluses dans les quatre régions inuites : Nunatsiavut (la côte nord du Labrador), Nunavik (Nord du Québec), le territoire du Nunavut et la région inuvialuite des Territoires du Nord-Ouest. Ensemble, ces régions englobent le territoire traditionnellement habité par les Inuits au Canada.
3. Tels qu'ils sont présentés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*.

Méthodes d'analyse

La caractéristique d'intérêt pour la présente étude est un niveau élevé de souffrance mentale, telle que déterminée par l'échelle K10. Une cote de l'échelle K10 peut aller de 0 à 40. Cependant, moins de 1 % de la population échantillonnée a obtenu une cote de 30 ou plus. Lorsque l'échantillon a été divisé en quintiles selon la cote K10, le quintile supérieur comportait une cote de 9 ou plus sur l'échelle. Cette mesure correspond aux résultats obtenus pour la population totale du Canada dans une recherche antérieure (Caron et Liu, 2010). On a utilisé le quintile supérieur comme seuil pour identifier les personnes éprouvant un degré élevé de souffrance mentale. Une variable binaire (oui/non) a été générée, « oui » correspondant aux personnes ayant une cote de 9 ou plus, et « non » correspondant aux personnes ayant une cote plus faible. On a ensuite utilisé cette variable binaire pour cerner les déterminants sociaux potentiels d'une souffrance mentale élevée chez les Inuits.

Une analyse multivariée a été effectuée au moyen d'une régression logistique, en testant la probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale. Toutes les différences mentionnées dans l'article sont significatives au plan statistique, avec une valeur p de moins de 0,05. Les variables indépendantes ont été choisies en appliquant le modèle conceptuel de l'Inuit Tapiriit Kanatami aux déterminants sociaux de la santé des Inuits à titre de principe directeur (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014)[4].

Les caractéristiques de la santé mentale et les facteurs qui sont associés à la santé mentale tendent à différer entre les hommes et les femmes (Langlois et Garner, 2013; Drapeau et coll., 2010). Par conséquent, le modèle de régression logistique a été exécuté séparément pour les hommes et les femmes; chaque exécution calculait la probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale pour certaines caractéristiques sélectionnées. Pour l'analyse descriptive comme pour l'analyse multivariée, la variance a été calculée en utilisant les poids bootstrap du fichier maître de l'EAPA.

La non-réponse partielle désigne les réponses de type « ne sais pas », « refus de répondre » et « non déclaré » aux questions de l'enquête. Les non-réponses ont été exclues du calcul des statistiques descriptives et de la mesure de la variable dépendante dans le modèle de régression logistique[5]. Pour toutes les variables indépendantes dans le modèle de régression logistique, les non-réponses ont été incluses, mais les données n'ont pas été présentées. Pour obtenir de l'information supplémentaire sur la non-réponse partielle, il est possible de consulter le document Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes à http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2013002-fra.htm.

4. Pour obtenir de plus amples informations sur l'utilisation du modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami, voir l'annexe A.
5. Les taux de non-réponse partielle pour ces variables sont présentés à l'annexe B.

La cote moyenne de souffrance mentale est plus élevée chez les inuites que chez les hommes

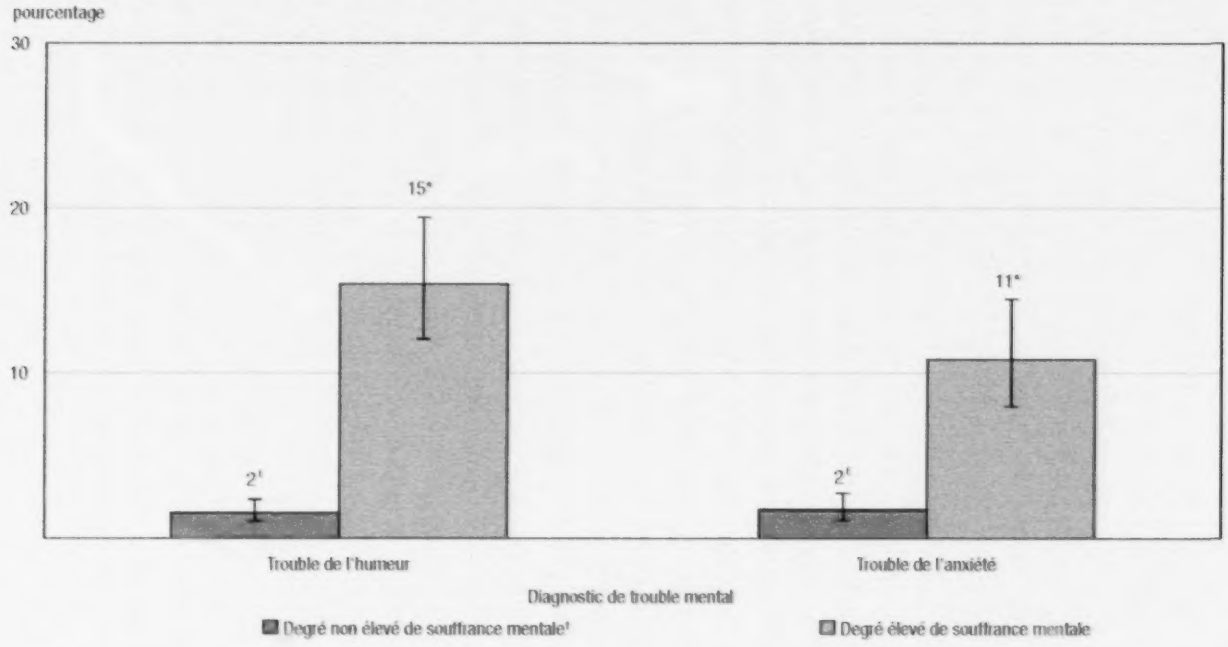
En règle générale, les hommes et les femmes présentent des caractéristiques différentes de santé physique et mentale; leur état de santé est influencé par des facteurs différents. On a tenu compte de ce constat tout particulièrement pour le concept de souffrance mentale (Langlois et Garner, 2013; Drapeau et coll., 2010). Selon les données de l'EAPA de 2012, la cote moyenne de souffrance mentale pour les inuites était plus élevée que celle mesurée pour les hommes (5,67 contre 4,77).

Les membres de la population éprouvant un degré élevé de souffrance mentale étaient plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de l'anxiété

Au sein de la population inuite, 5 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, tandis que 4 % ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'anxiété.

Comme l'illustre le graphique 1, les Inuits éprouvant un degré élevé de souffrance mentale étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur en comparaison des Inuits n'éprouvant pas un degré élevé de souffrance mentale (15 % contre 2 %[E]). Cette relation s'observe aussi pour les troubles de l'anxiété, puisque 11 % des Inuits éprouvant un degré élevé de souffrance mentale avaient reçu un diagnostic de trouble de l'anxiété, en comparaison de 2 %[E] de ceux n'éprouvant pas un degré élevé de souffrance mentale.

Graphique 1
Proportion comptant un trouble psychologique à long terme, selon le degré de souffrance mentale, Inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012



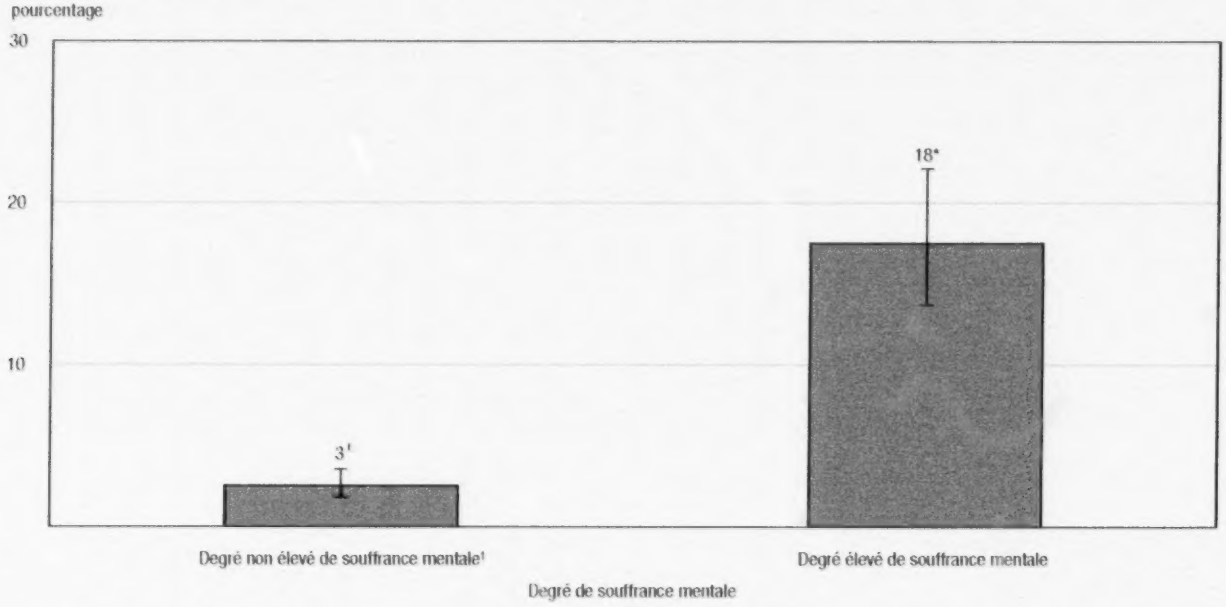
† à utiliser avec prudence
† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (p<0,05)
Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Les membres de la population éprouvant un degré élevé de souffrance mentale étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires

Des recherches antérieures ont montré que les taux de suicide chez les Inuits sont de six à onze fois plus élevés que la moyenne nationale (Kral et coll., 2003; Isaacs et coll., 1998; Pike et coll., 2010). À l'occasion de l'EAPA de 2012, on avait demandé aux répondants s'ils avaient déjà sérieusement songé au suicide[6].

En 2012, près du quart (23 %) des Inuits âgés de 18 ans et plus avaient indiqué avoir sérieusement songé à se suicider à un point ou un autre de leur vie. Dans ce groupe, plus du quart (26 %) avaient indiqué y avoir songé au cours des 12 mois précédents. Autrement dit, 6 % des Inuits âgés de 18 ans et plus ont indiqué avoir sérieusement songé à se suicider au cours des 12 mois précédents. Les Inuits éprouvant un degré élevé de souffrance mentale étaient plus susceptibles d'avoir sérieusement songé à se suicider au cours des 12 mois précédents, en comparaison de ceux n'éprouvant pas un degré élevé de souffrance mentale (graphique 2).

Graphique 2
Idées suicidaires au cours des 12 mois précédents, selon le degré de souffrance mentale, Inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012



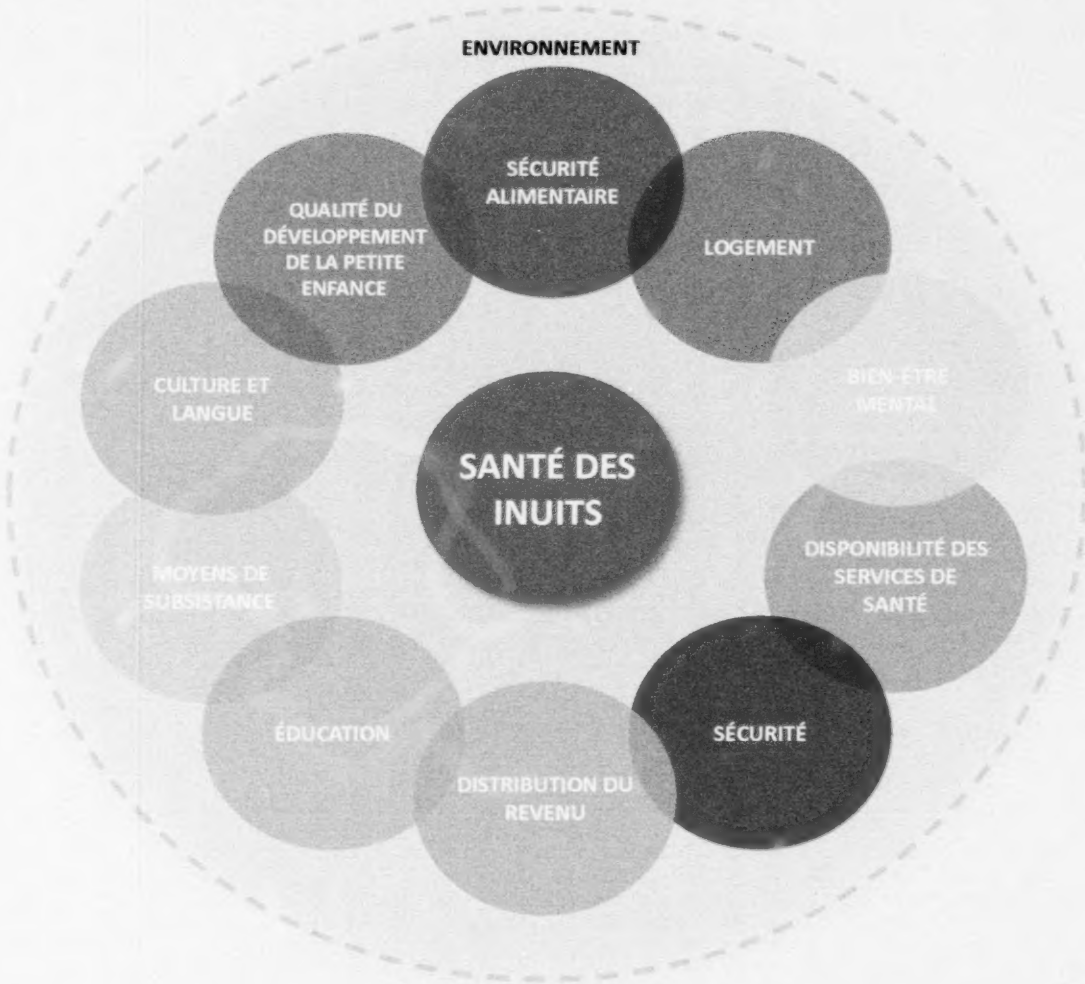
† à utiliser avec prudence
† catégorie de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p<0,05$)
Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

6. Pour voir une analyse détaillée des idées suicidaires et des facteurs connexes chez les Inuits, les Métis et les Premières Nations vivant hors réserve, il est possible de consulter le rapport « Lifetime suicidal thoughts among adult First Nations living off reserve, Métis and Inuit adult (26-59 years) women and men: Prevalence and associated characteristics » (Kumar, à venir).

Modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami

Les déterminants sociaux du modèle conceptuel de l'Inuit Tapiriit Kanatami sur les déterminants sociaux de la santé des Inuits ont été adaptés pour explorer les associations entre la souffrance mentale élevée et les déterminants sociaux de la santé des Inuits. Ce modèle conceptuel constituait le cadre théorique pour l'analyse de régression logistique (figure 1). Neuf des onze déterminants proposés par l'Inuit Tapiriit Kanatami pouvaient être estimés au moyen des données de l'EAPA de 2012.

Figure 1
Modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami pour les déterminants sociaux de la santé des Inuit



Source : Inuit Tapiriit Kanatami, 2014.

Des variables de l'EAPA de 2012 ont été choisies pour représenter les déterminants sociaux du modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami. L'EAPA de 2012 n'a recueilli aucune donnée qui aurait pu permettre l'étude de la qualité de l'environnement ni de la qualité du développement de la petite enfance, ce qui signifie qu'il n'était pas possible d'incorporer ces indicateurs au modèle de régression logistique. Pour obtenir de plus amples informations sur l'utilisation du modèle et la liste des définitions, voir l'annexe A.

Les problèmes de santé chroniques et la sécurité alimentaire étaient des indicateurs clés de la souffrance mentale chez les hommes inuits

Le tableau 1 présente les probabilités non rajustées et rajustées d'un degré élevé de souffrance mentale chez les hommes inuits âgés de 18 ans et plus. La probabilité non rajustée correspond simplement au pourcentage éprouvant un degré élevé de souffrance mentale. La probabilité rajustée (ou prédite) correspond à la vraisemblance estimée d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale, lorsque tous les autres facteurs du modèle sont maintenus constants.

En tenant compte de toutes les variables, les hommes qui avaient reçu un diagnostic de problème de santé physique chronique[7] étaient plus susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale que ceux qui n'avaient pas reçu un tel diagnostic. Chez les hommes inuits, la probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale était de 30 % parmi ceux ayant au moins un problème de santé physique chronique, en comparaison de 15 % parmi ceux n'ayant pas un tel problème. La sécurité alimentaire était également associée à la souffrance mentale. La probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale était de 26 % parmi ceux présentant un degré faible ou très faible de sécurité alimentaire, en comparaison de 10 % parmi ceux présentant un degré élevé ou modéré de sécurité alimentaire.

Les hommes inuits qui avaient subi une blessure grave au cours des 12 mois précédents étaient plus susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale, en comparaison de ceux qui n'avaient pas subi une blessure grave (26 % contre 18 %), lorsque l'on tient compte de tous les autres facteurs. La probabilité rajustée d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale était également supérieure chez ceux qui ont déclaré un besoin non satisfait de services de santé au cours des 12 mois précédents, en comparaison de ceux qui n'ont déclaré aucun besoin non satisfait de services de santé (27 % contre 17 %).

On avait demandé aux répondants de l'EAPA de 2012 d'évaluer la solidité des liens avec les autres membres de leur famille s'ils vivaient dans des ménages différents, mais au sein de la même communauté. Après rajustement pour toutes les autres variables, les hommes inuits qui avaient déclaré des liens forts ou très forts étaient moins susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale (17 %) en comparaison de ceux qui avaient déclaré des liens modérés à faibles (23 %).

L'héritage et les répercussions des pensionnats et des écoles industrielles fédérales sur de multiples générations sont bien documentés (Spear, 2014). Les hommes inuits qui ont fréquenté un pensionnat ou une école industrielle fédérale ou dont un membre de la famille en a fréquenté un étaient plus susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale en comparaison à ceux qui n'ont pas fréquenté un pensionnat (20 % contre 12 %), après prise en compte des autres variables.

Les hommes inuits qui avaient terminé des études secondaires seulement étaient moins susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale que ceux qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires (12 % contre 21 %). Cependant, ceux qui avaient terminé des études secondaires seulement étaient également moins susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale que ceux qui avaient terminé des études postsecondaires (12 % contre 21 %). Ce résultat, bien qu'il puisse sembler contraire à l'intuition, est conforme aux conclusions des ouvrages existants sur la santé mentale des peuples autochtones au Canada[8].

7. Dans l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants s'ils avaient reçu un diagnostic pour différents problèmes de santé à long terme posé par un professionnel de la santé. Parmi ces problèmes, on note les troubles de l'humeur ou de l'anxiété et les troubles de l'apprentissage, qui n'ont pas été inclus dans le total de ceux présentant un problème chronique dans la présente analyse.
8. Un rapport préparé pour la Fondation autochtone de guérison propose plusieurs théories pour expliquer cette tendance constatée dans différentes publications pertinentes. Notamment : « un degré de responsabilité plus lourd et un degré plus élevé de frustration attribuables à des attentes accrues et à des obstacles plus importants aux perspectives d'avenir » et « l'écart entre les attentes et les perspectives d'avenir » (Kirmayer et coll., 2007).

Tableau 1
Probabilités non rajustées et rajustées reliant certaines caractéristiques sélectionnées à un degré élevé de souffrance mentale, hommes inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012

Caractéristiques sélectionnées	Probabilités non rajustées	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Probabilités rajustées	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Revenu total du ménage						
Inférieur au revenu médian	0,22*	0,18	0,27	0,20	0,17	0,24
Supérieur ou égal au revenu médian (réf)	0,16	0,12	0,20	0,18	0,14	0,22
Moyens de subsistance						
Travaille à un emploi ou une entreprise ou actif dans une activité traditionnelle (réf)	0,19	0,16	0,22	0,20	0,17	0,23
Ni employé ni actif dans une activité traditionnelle	0,21	0,15	0,28	0,17	0,13	0,22
Éducation — Niveau le plus élevé atteint						
Études secondaires non terminées	0,21*	0,17	0,26	0,21**	0,17	0,25
Études secondaires terminées (réf.)	0,11	0,07	0,18	0,12	0,08	0,17
Études postsecondaires terminées	0,17	0,13	0,23	0,21*	0,16	0,27
Présence d'un problème de santé chronique						
Au moins un problème de santé chronique	0,30***	0,24	0,38	0,30***	0,24	0,37
Aucun problème de santé chronique (réf.)	0,15	0,12	0,18	0,15	0,12	0,18
Difficultés d'accès aux soins de santé						
Situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus	0,38***	0,28	0,48	0,27**	0,20	0,35
Aucune situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus (réf.)	0,16	0,13	0,19	0,17	0,14	0,21
Liens avec les autres membres de la famille						
Liens forts ou très forts (réf.)	0,15	0,12	0,19	0,17	0,13	0,21
Liens modérés ou très faibles	0,26**	0,20	0,33	0,23*	0,18	0,29
Sécurité alimentaire						
Sécurité alimentaire élevée ou marginale (réf.)	0,07	0,05	0,10	0,10	0,07	0,14
Sécurité alimentaire faible ou très faible	0,30***	0,25	0,35	0,26***	0,21	0,31
Consommation d'alcool						
Oui, a consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents	0,19	0,16	0,23	0,19	0,16	0,22
Non, n'a pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents (réf.)	0,18	0,13	0,24	0,20	0,15	0,26
Consommation de drogues						
A fait l'essai de drogues	0,22**	0,18	0,25	0,20	0,17	0,23
N'a jamais fait l'essai de drogues (réf.)	0,10	0,06	0,16	0,15	0,09	0,22
Logement nécessitant des réparations						
Seulement un entretien régulier ou des réparations mineures (réf.)	0,18	0,15	0,22	0,20	0,16	0,24
Réparations majeures nécessaires	0,20	0,15	0,27	0,18	0,13	0,23
Surpeuplement du ménage						
Une personne ou moins par pièce (réf.)	0,18	0,14	0,22	0,20	0,16	0,24
Plus d'une personne par pièce	0,21	0,16	0,26	0,19	0,15	0,24
Antécédents de fréquentation d'un pensionnat						
Antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat	0,21**	0,17	0,26	0,20*	0,16	0,25
Aucun antécédent personnel ou familial de fréquentation d'un pensionnat (réf.)	0,10	0,06	0,15	0,12	0,08	0,18
Capacité de parler une langue inuite						
Parle une langue inuite très bien ou relativement bien (réf.)	0,26	0,23	0,30	0,19	0,16	0,23
Parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots	0,29	0,23	0,35	0,21	0,16	0,27
Ne parle aucune langue inuite	0,20	0,12	0,31	0,12	0,07	0,20
A subi une blessure au cours des 12 mois précédents						
Oui, a subi une blessure au cours des 12 mois précédents	0,30**	0,23	0,37	0,26**	0,21	0,33
Non, n'a subi aucune blessure au cours des 12 mois précédents (réf.)	0,17	0,14	0,21	0,18	0,15	0,21

* valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,05$)
** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,01$)
*** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,001$)
(réf.) Catégorie de référence
Note : Les valeurs présentées dans le tableau ont été calculées au moyen d'un modèle de régression logistique. La régression logistique multivariée (c.-à-d., les probabilités rajustées) tenait aussi compte de l'âge, de l'état matrimonial et de l'emplacement géographique. Les probabilités rajustées ont été calculées en testant la relation indépendante entre un déterminant social spécifique de la santé et la probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale lorsque les autres variables sont maintenues constantes (c.-à-d., établies à la valeur moyenne).
Source: Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

L'accès aux soins de santé et les problèmes de santé chroniques étaient fortement associés à la souffrance mentale chez les inuites

Les déterminants sociaux qui étaient associés à un degré élevé de souffrance mentale chez les inuites étaient quelque peu différents de ceux liés aux hommes. Le tableau 2 présente les probabilités non rajustées et rajustées d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale chez les inuites.

Après rajustement pour toutes les autres variables, les facteurs qui étaient le plus fortement associés à la souffrance mentale chez les inuites étaient les besoins non satisfaits de services de santé et l'existence d'un problème de santé physique chronique. Si une inuite avait connu une situation au cours des 12 mois précédents où elle avait eu besoin de soins de santé, mais n'en avait pas reçu, sa probabilité rajustée d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale était de près de cinq sur dix (47 %); tandis que la probabilité pour celles qui n'avaient pas connu une telle situation était de un peu plus de deux sur dix (23 %).

La probabilité rajustée d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale était de 36 % pour les inuites ayant reçu un diagnostic de problème de santé chronique, en comparaison d'un sur cinq (22 %) pour celles qui ne souffraient pas d'un problème de santé chronique.

La consommation de drogue au cours de la vie était également un facteur explicatif. Les inuites qui ont déclaré avoir fait l'essai de drogues au moins une fois au cours de leur vie présentaient une probabilité rajustée plus élevée d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale (30 %) en comparaison de celles qui n'avaient jamais fait l'essai de drogues (21 %). Il est important de noter que dans l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants s'ils avaient fait l'essai de drogues, mais on ne leur demandait pas d'en préciser la fréquence ni à quand l'essai remontait.

Le logement était corrélé à la souffrance mentale dans le cas des inuites, à la fois pour ce qui est du surpeuplement des ménages et le fait de vivre dans un logement nécessitant des réparations majeures. On estimait que trois inuites sur dix (30 %) qui vivaient dans un ménage surpeuplé éprouveraient un degré élevé de souffrance mentale, en tenant compte de toutes les variables, en comparaison de 23 % de celles ne vivant pas dans un ménage surpeuplé. Parmi les inuites qui vivaient dans un logement nécessitant des réparations majeures, on estimait que 33 % éprouveraient un degré élevé de souffrance mentale, en comparaison de 25 % de celles vivant dans un logement nécessitant seulement un entretien régulier ou des réparations mineures.

Lorsque l'on tient compte des autres facteurs, la solidité des liens avec les autres membres de la famille et la sécurité alimentaire étaient également associées à un degré élevé de souffrance mentale chez les inuites. Celles qui avaient déclaré des liens forts ou très forts étaient moins susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale en comparaison de celles ayant déclaré des liens modérés à très faibles (24 % contre 31 %). Trois inuites sur dix (30 %) qui avaient déclaré un degré de sécurité alimentaire faible ou très faible éprouvaient un degré élevé de souffrance mentale, en comparaison de plus de deux inuites sur dix (23 %) ayant déclaré un degré de sécurité alimentaire élevé ou marginal.

Tableau 2

Probabilités non rajustées et rajustées reliant certaines caractéristiques sélectionnées à un degré élevé de souffrance mentale, femmes inuites âgées de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012

Caractéristiques sélectionnées	Probabilités non rajustées	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Probabilités rajustées	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Revenu total du ménage						
Inférieur au revenu médian	0,29	0,25	0,34	0,27	0,23	0,31
Supérieur ou égal au revenu médian (réf)	0,23	0,19	0,27	0,27	0,22	0,31
Moyens de subsistance						
Travaille à un emploi ou une entreprise ou actif dans une activité traditionnelle (réf)	0,25	0,21	0,28	0,25	0,22	0,29
Ni employé ni actif dans une activité traditionnelle	0,33	0,25	0,41	0,33	0,26	0,41
Éducation — Niveau le plus élevé atteint						
Études secondaires non terminées	0,26	0,21	0,30	0,27	0,23	0,31
Études secondaires terminées (réf.)	0,27	0,21	0,33	0,25	0,20	0,30
Études postsecondaires terminées	0,25	0,19	0,32	0,25	0,20	0,32
Présence d'un problème de santé chronique						
Au moins un problème de santé chronique	0,32**	0,27	0,38	0,36***	0,30	0,43
Aucun problème de santé chronique (réf.)	0,23	0,19	0,26	0,22	0,19	0,26
Difficultés d'accès aux soins de santé						
Situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus	0,50***	0,40	0,59	0,47***	0,38	0,56
Aucune situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus (réf.)	0,22	0,19	0,25	0,23	0,20	0,26
Liens avec les autres membres de la famille						
Liens forts ou très forts (réf.)	0,23	0,19	0,27	0,24	0,21	0,28
Liens modérés ou très faibles	0,33**	0,27	0,39	0,31*	0,26	0,37
Sécurité alimentaire						
Sécurité alimentaire élevée ou marginale (réf.)	0,20	0,16	0,24	0,23	0,19	0,28
Sécurité alimentaire faible ou très faible	0,31**	0,26	0,36	0,30*	0,26	0,35
Consommation d'alcool						
Oui, a consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents	0,30**	0,26	0,34	0,29	0,25	0,33
Non, n'a pas consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents (réf.)	0,19	0,15	0,25	0,22	0,18	0,28
Consommation de drogues						
A fait l'essai de drogues	0,33***	0,29	0,37	0,30**	0,26	0,34
N'a jamais fait l'essai de drogues (réf.)	0,16	0,13	0,21	0,21	0,16	0,26
Logement nécessitant des réparations						
Seulement un entretien régulier ou des réparations mineures (réf.)	0,23	0,20	0,27	0,25	0,21	0,28
Réparations majeures nécessaires	0,35**	0,28	0,43	0,33*	0,27	0,41
Surpeuplement du ménage						
Une personne ou moins par pièce (réf.)	0,23	0,19	0,27	0,23	0,20	0,27
Plus d'une personne par pièce	0,30*	0,25	0,35	0,30*	0,25	0,35
Antécédents de fréquentation d'un pensionnat						
Antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat	0,28	0,24	0,33	0,27	0,23	0,31
Aucun antécédent personnel ou familial de fréquentation d'un pensionnat (réf.)	0,22	0,15	0,31	0,27	0,20	0,35
Capacité de parler une langue inuite						
Parle une langue inuite très bien ou relativement bien (réf.)	0,25	0,22	0,29	0,26	0,23	0,30
Parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots	0,31	0,26	0,38	0,29	0,23	0,35
Ne parle aucune langue inuite	0,19	0,11	0,31	0,20	0,12	0,31
A subi une blessure au cours des 12 mois précédents						
Oui, a subi une blessure au cours des 12 mois précédents	0,41**	0,31	0,52	0,33	0,25	0,42
Non, n'a subi aucune blessure au cours des 12 mois précédents (réf.)	0,24	0,21	0,28	0,26	0,23	0,29

* valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,05$)
** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,01$)
*** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,001$)
(réf.) Catégorie de référence

Note : Les valeurs présentées dans le tableau ont été calculées au moyen d'un modèle de régression logistique. La régression logistique multivariée (c.-à-d., les probabilités rajustées) tenait aussi compte de l'âge, de l'état matrimonial et de l'emplacement géographique. Les probabilités rajustées ont été calculées en testant la relation indépendante entre un déterminant social spécifique de la santé et la probabilité d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale lorsque les autres variables sont maintenues constantes (c.-à-d., établies à la valeur moyenne).

Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Limites

Bien que l'on ait pris soin d'apparier des variables appropriées au modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami, il n'était pas possible d'inclure tous les déterminants sociaux dans l'analyse. Le manque de données sur le développement de la petite enfance et l'environnement constitue une lacune importante. En outre, pour ce qui est des déterminants sociaux qui pouvaient être mesurés, il est possible que les variables utilisées dans le modèle de régression logistique couvrent seulement certains aspects des déterminants qu'elles représentent.

Une autre lacune réside dans le fait que l'EAPA de 2012 est une source de données transversales. Par conséquent, il n'est pas possible de déterminer une quelconque relation de causalité entre la souffrance mentale et les déterminants sociaux de la santé.

La variable dérivée de l'échelle K10 représente une bonne indication générale de la souffrance mentale. Cependant, dans l'impossibilité d'analyser l'échelle en la comparant à un outil d'évaluation globale adapté à la population inuite, il n'est pas possible de déterminer un seuil précis. On peut seulement observer une forte corrélation entre un degré élevé de souffrance mentale et d'autres mesures de la maladie mentale, comme un trouble diagnostiqué de l'humeur ou de l'anxiété. Enfin, bien que des analyses antérieures aient démontré les fortes propriétés psychométriques de l'échelle pour la population inuite (Bougie et coll., à venir), il pourrait exister des biais culturels inconnus qui influent sur l'interprétation des questions de l'échelle K10.

Conclusions et prochaines étapes

La souffrance mentale n'est pas le produit d'une cause unique. Elle est en fait incorporée au sein de structures complexes de circonstances, de comportements et de relations qui sont associées à la santé mentale. La compréhension de ces facteurs (souvent appelés déterminants sociaux) pourrait fournir l'occasion de corriger certains résultats négatifs en matière de santé mentale chez les Inuits.

Bien que l'on ait constaté certaines similarités entre les facteurs associés chez les hommes et les femmes, il y avait en fait des différences notables. Plus spécifiquement, les femmes qui avaient fait l'essai de drogues, qui vivaient dans un logement surpeuplé ou qui vivaient dans un logement nécessitant des réparations majeures étaient plus susceptibles d'éprouver un degré élevé de souffrance mentale. Par contre, ces mêmes variables ne présentaient aucune association significative avec un degré élevé de souffrance mentale chez les hommes inuits, après rajustement pour les autres variables. Par ailleurs, le niveau de scolarité (études secondaires non terminées ainsi que les études postsecondaires terminées), l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat et le fait d'avoir subi une blessure au cours des 12 mois précédents étaient associés de manière significative à un degré élevé de souffrance mentale chez les hommes.

Chez les hommes et les femmes inuits, la présence d'un problème de santé physique chronique, un degré de sécurité alimentaire faible ou très faible, la difficulté d'obtenir des soins de santé ainsi que des liens modérés à très faibles avec les autres membres de la famille étaient tous associés de manière significative à un degré élevé de souffrance mentale, même après correction pour les autres variables.

Il y a encore beaucoup de travail quantitatif à accomplir dans l'étude de la santé mentale des Inuits. Une étude longitudinale des corrélats de la souffrance mentale chez les Inuits serait extrêmement utile pour aider à déterminer certaines des causes de la mauvaise santé mentale. Une recherche sur la prévalence des troubles mentaux au sein de la population inuite serait elle aussi d'une grande utilité.

Remerciements spéciaux

Le présent article n'aurait pas été possible sans l'appui et les conseils de l'Inuit Tapiriit Kanatami. Je tiens à remercier tout particulièrement Jesse Flowers et Tracy Sarazin pour leur participation et l'importance accordée à cet article. Je tiens à remercier également les membres du comité directeur de l'étude — Scott McLeish, Mohan Kumar et Leanne Findlay — qui ont fourni une expertise indispensable.

Annexe A

Application du modèle conceptuel de l'Inuit Tapiriit Kanatami aux déterminants sociaux de la santé des Inuits

Les paragraphes qui suivent décrivent les onze déterminants sociaux de la santé utilisés dans le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami et, dans les situations où il était possible de mesurer ces déterminants, expliquent comment ils ont été mesurés au moyen des données de l'EAPA, afin d'étudier leur relation avec la souffrance mentale.

1) Culture et langue

Le siècle dernier a connu de profonds changements imposés à la culture et la langue inuites. La capacité de parler une langue inuite est « un indicateur particulier du bien-être culturel » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). De même, la famille, qui constitue « le fondement de la culture inuite » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2015), a été associée à la santé mentale des Inuits (Kral et coll., 2003).

Langue – La présente étude classifie la capacité de parler une langue inuite selon trois niveaux : 1) parle une langue inuite très bien ou relativement bien, 2) parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots et 3) ne parle aucune langue inuite.

Solidité des liens familiaux – Cette variable (cotée de 0 à 5) correspond à la solidité déclarée des liens avec les autres membres de la famille vivant dans des ménages différents, mais au sein de la même communauté. La relation entre la solidité de ces liens a été testée en postulant des liens déclarés « forts » ou « très forts » (cote de 4 ou 5) par opposition aux réponses indiquant des liens « modérés », « faibles » ou « très faibles » ou « aucune famille » (cote de 3, 2, 1 ou 0).

2) Moyens de subsistance

Les moyens de subsistance, dans le cadre de l'Inuit Tapiriit Kanatami, « englobent un vaste éventail de facteurs sociaux qui ne se limitent pas à des concepts tels que l'emploi » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). En plus d'un certain nombre de questions normalisées sur la participation à la population active, l'EAPA de 2012 questionnait aussi les répondants au sujet de diverses activités échappant aux concepts standards du travail, au cours de l'année précédente :

- Au cours de la dernière année, avez-vous fabriqué des vêtements ou des chaussures?
- Au cours de la dernière année, avez-vous fait des œuvres artistiques ou artisanales, par exemple, sculptures, dessins ou bijoux?
- Au cours de la dernière année, avez-vous pratiqué la chasse, la pêche ou le piégeage?
- Au cours de la dernière année, avez-vous cueilli des plantes sauvages, par exemple, des baies, du riz ou du foin d'odeur?

Employé ou actif dans une activité traditionnelle – Si un répondant déclarait participer à une ou plusieurs « activités traditionnelles » au moins une fois par semaine ou travailler à un emploi ou une entreprise, il était considéré comme « employé ou actif dans une activité traditionnelle ». Si un répondant n'était pas employé ou actif dans une activité traditionnelle plus d'une fois par semaine, il était considéré comme « ni employé ni actif dans une activité traditionnelle ».

3) Répartition du revenu

La répartition du revenu est un déterminant de la santé, puisque le manque de revenu mène « à la marginalisation et restreint l'accès aux études, à l'emploi, à de meilleurs logements et à des aliments nutritifs » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014).

Revenu du ménage – Cette variable permet de distinguer les ménages dont le revenu est inférieur au niveau médian de revenu des ménages de ceux dont le revenu est égal ou supérieur au niveau médian de revenu des ménages. La mesure du revenu utilisée était le revenu total du ménage, après impôts et rajusté selon la taille du ménage.

4) Logement

Le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami définit un logement adéquat comme « un logement abordable (représentant moins de 30 % du revenu avant impôts) qui ne nécessite pas de réparations majeures et qui n'est pas surpeuplé » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014).

Logement nécessitant des réparations – Dans l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants si leur logement nécessitait des réparations. La variable a été définie comme un logement nécessitant seulement des réparations mineures ou un entretien régulier par rapport à un logement nécessitant des réparations majeures[9].

Logement surpeuplé – Le nombre de personnes par pièce est une mesure commune du surpeuplement des logements[10]. Cette variable était définie comme une personne ou moins par pièce, contre plus d'une personne par pièce.

5) Sécurité personnelle

Le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami insiste sur l'importance de la sécurité pour la santé. Ce facteur englobe un vaste éventail d'activités et de caractéristiques, allant des comportements à haut risque tels que l'abus d'alcool et de drogues jusqu'aux répercussions à long terme des pensionnats. Cependant, l'enquête ne comportait aucune question au sujet d'enjeux comme la violence et la maltraitance.

Consommation d'alcool – Cette variable était définie comme une personne ayant consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents par rapport à une personne n'ayant pas consommé d'alcool.

Consommation de drogues – Cette variable était définie comme une personne ayant déclaré avoir fait l'essai de drogues au cours de sa vie par rapport à une personne n'ayant pas consommé de drogues au cours de sa vie.

Antécédents de fréquentation d'un pensionnat – Cette variable était définie comme le fait pour le répondant d'avoir des antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat par rapport à une personne n'ayant aucun antécédent familial de fréquentation d'un pensionnat.

6) Éducation

Selon le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'éducation est un déterminant clé de la santé des Inuits. L'éducation est liée à de nombreux aspects de la vie qui sont étroitement reliés à la santé, comme le revenu et les moyens de subsistance.

9. Le concept de réparations majeures englobe la plomberie ou le câblage électrique défectueux ainsi que des problèmes de structure touchant les murs, les planchers ou les plafonds.
10. L'expression « pièce » fait référence à la cuisine, aux chambres à coucher et aux pièces finies au grenier ou au sous-sol, et exclut les salles de bain, les corridors, les vestibules et les pièces utilisées uniquement à des fins commerciales.

Plus haut niveau atteint – Cette variable était définie comme une personne n'ayant pas terminé des études secondaires par rapport à une personne ayant terminé ses études secondaires et une personne ayant terminé des études postsecondaires. La catégorie « études secondaires » englobe les personnes qui ont suivi en partie des études postsecondaires, mais qui ne les ont pas terminées.

7) Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est définie comme ayant « un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire des besoins énergétiques et les préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 1996).

Degré de sécurité alimentaire – L'échelle de sécurité alimentaire utilisée par l'EAPA de 2012 était dérivée de six questions de l'enquête, qui portaient sur la sécurité alimentaire au niveau de la personne et du ménage. Deux des questions demandaient aux répondants d'indiquer à quelle fréquence certains scénarios spécifiques se concrétisaient :

- « Toute la nourriture que [vous/vous et les membres de votre ménage] aviez achetée a été mangée et il n'y avait pas d'argent pour en racheter. »
- « [Vous/Vous et les membres de votre ménage] n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés. »

Les quatre autres questions demandaient aux répondants s'il leur arrivait de sauter ou de réduire la portion des repas, quelle était la fréquence des repas sautés ou des réductions de portions, s'il arrivait aux répondants de manger moins qu'ils auraient dû et s'il leur arrivait d'avoir faim parce qu'ils n'avaient pas les moyens de se procurer assez de nourriture. La variable était définie comme une personne ayant une sécurité alimentaire élevée ou marginale par rapport à une personne ayant une sécurité alimentaire faible ou très faible.

8) Disponibilité des services de santé

La possibilité d'accéder à des soins de santé appropriés est particulièrement préoccupante dans l'Inuit Nunangat :

> « L'accès aux soins de santé est souvent limité dans les collectivités inuites, dont un grand nombre sont desservies par un centre de santé doté d'une infirmière et d'une infirmière praticienne. En outre, le recrutement, le maintien à l'effectif et la formation du personnel de la santé sont souvent des enjeux qui entravent l'accès aux soins primaires. »
>
> (Wallace, 2014).

Difficultés d'accès aux soins de santé – Dans l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants s'il y avait eu une situation au cours des 12 mois précédents où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus. La variable était définie comme une personne ayant répondu « oui » à cette question par rapport à une personne ayant répondu « non ».

9) a) Bien-être mental

Selon le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami, le bien-être mental est un déterminant clé de la santé des Inuits. Bien que l'EAPA comporte plusieurs indicateurs de la santé mentale en plus de l'échelle de détresse psychologique, aucun de ces indicateurs ne peut être considéré comme un déterminant social de la souffrance mentale.

9) b) Bien-être physique

Par ailleurs, tout comme le modèle insiste sur l'importance du bien-être mental pour l'état de santé général, le présent article examine la relation inverse entre les résultats en matière de santé physique et de santé mentale, qui a déjà été explorée par de nombreuses études (Ormel et coll., 1997; Scott et coll., 2007).

Présence d'un problème de santé chronique – Dans l'EAPA, on demandait aux répondants s'ils avaient reçu un diagnostic pour différents problèmes de santé à long terme. La variable « présence d'un problème de santé chronique » était définie comme une personne ayant un ou plusieurs problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé par rapport à une personne n'ayant aucun problème de santé chronique diagnostiqué. Dans le présent article, la présence d'un problème de santé chronique était limitée aux problèmes de santé physique uniquement. Par conséquent, les répondants qui avaient déclaré un trouble de l'humeur ou de l'anxiété ou un trouble de l'apprentissage, sans aucun autre problème déclaré, n'ont pas été comptabilisés comme des personnes ayant un problème de santé chronique. Aux fins de l'EAPA, un « problème de santé chronique » est défini comme un état à long terme qui dure ou qui devrait durer six mois ou plus et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé.

Blessures – Dans l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants s'ils avaient subi une blessure au cours des 12 mois précédents. La variable était définie comme une personne ayant subi une blessure au cours des 12 mois précédents par rapport à une personne n'ayant subi aucune blessure au cours des 12 mois précédents.

10) Environnement

L'EAPA ne comporte aucune variable qui permettrait de tenir compte des facteurs environnementaux par région géographique ou des perceptions environnementales des répondants. Par conséquent, il n'a pas été possible d'analyser ce déterminant social.

11) Qualité du développement de la petite enfance

Il n'est pas possible de saisir correctement le développement de la petite enfance en utilisant les données de l'EAPA. Par conséquent, il n'a pas été possible d'inclure ce concept dans le modèle de régression logistique.

Autres variables

L'analyse multivariée tient aussi compte de l'âge et de l'emplacement géographique. Cependant, les données relatives à ces variables ne figurent pas dans l'analyse.

Âge – L'âge avait été établi comme une mesure continue avec incréments d'une année.

Emplacement géographique – La variable géographique utilisée était la taille du centre de population extraite de l'Enquête nationale auprès des ménages. Elle était définie comme une région rurale (moins de 1 000 personnes) par rapport à un petit centre de population (1 000 à 29 999 personnes). Il n'y a aucune collectivité en Inuit Nunangat comptant plus de 30 000 habitants.

Annexe B

Tableau B1

Taux de non-réponse partielle1, Inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012

Variable	Description	pourcentage
DDISTK10	Variable dérivée — Échelle de détresse psychologique – K10	12
CC2_09	Problèmes de santé chroniques — Trouble de l'humeur	7
CC2_10	Problèmes de santé chroniques — Trouble de l'anxiété	7
SU_01	Suicide — Y a déjà pensé — Au cours de sa vie	8
SU_02	Suicide — Y a déjà pensé — Au cours des 12 mois précédents	8

1. La non-réponse partielle désigne les réponses de type « ne sais pas », « refus de répondre » et « non déclaré » aux questions de l'enquête. Le taux de non-réponse partielle a été calculé en divisant le nombre total de non-réponses partielles par la population visée par l'étude. Un « enchaînement valide » indique qu'une question a été sautée parce qu'elle ne s'appliquait pas à la situation du répondant, tel que déterminé par les réponses valides aux questions précédentes. On notera que pour les taux de non-réponse partielle présentés ici, les « enchaînements valides » n'ont pas été supprimés du dénominateur. Ce fait peut donner lieu à une sous-estimation du taux de non-réponse pour certaines variables. Pour de plus amples informations sur la non-réponse partielle et les « enchaînements valides », consulter le guide « Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes » à www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2013002-fra.htm.

Source : Statistique Canada, Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Bibliographie

AYALON, Liat, Scott MACKIN, Patricia A. AREAN et coll. 2007. « The Role of Cognitive Functioning and Distress in Suicidal Ideation in Older Adults », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 55, nº 7, p. 1090 à 1094.

BJERREGAARD, Peter, T. Kue YOUNG, Eric DEWAILLY et coll. 2004. « Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, nº 5, p. 390 à 395.

BOUGIE, Evelyne, Rubab ARIM, Dafna KOHEN et coll., sous presse. « Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey », *Rapports sur la santé*.

CARON, Jean, et A. LIU. 2010. « Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 30, nº 3, p. 84 à 94.

CLOUTIER, Elisabeth, et Éric LANGLET. 2013. Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : *Guide des concepts et méthodes*, produit nº 89-653-X au catalogue de Statistique Canada.

CORNELIUS, Bert LR., JOHAN W. GROOTHOFF, Jac JL van der KLINK et coll. 2013. « The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants », *BMC Public Health*, vol. 128, nº 13.

DRAPEAU, Aline, Dominic BEAULIEU-PRÉVOST, Alain MARCHAND et coll. 2010. « A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gende. », *BMC Medical Research Methodology*, vol. 68, nº 10.

Groupe de travail sur le bien-être mental des Inuits Alianait. 2007. *Alianait Inuit Mental Wellness: Action Plan*.

HERRMAN, Helen, Shekar SAXENA et Rob MOODIE (dir). 2004. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Presses de l'Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Inuit Tapiriit Kanatami. 2014. Social Determinants of Inuit Health in Canada, Inuit Tapiriit Kanatami, Ottawa (Ontario).

Inuit Tapiriit Kanatami. 2015. *Inuit Today*.

ISAACS, Sandy, Susan KEOGH, Cathy MENARD et coll. 1998. « Le suicide dans les Territoires du Nord-Ouest : Un examen decriptif », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, nº 4, p. 167 à 171.

KAWACHI, Ichiro, et Lisa F. BERKMAN. 2001. « Social ties and mental health », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 78, nº 3, p. 458 à 467.

KESSLER, R.C., G. ANDREWS, L.J. COLPE et coll. 2002. « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, nº 6, p. 959 à 976.

KIRMAYER, Laurence J., Gregory M. BRASS, Tara HOLTON et coll. 2007. *Suicide Among Aboriginal People in Canada*, rapport préparé pour la Fondation autochtone de guérison.

KIRMAYER, Laurence J., Christopher FLETCHER et Robert WATT. 2008. « Chapter 13: Locating the Ecocentric Self : Inuit Concepts of Mental Health and Illness », dans Laurence J. Kirmayer et Gail Guthrie Valaskakis (dir.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, UBC Press, Vancouver (Colombie-Britannique), p. 289 à 314.

KRAL, Michael J., Eva ADAMS, Leappi AKOOMALIK et coll. 2003. *Unikkaartuit: Meanings of Well-Being, Sadness, Suicide, and Change in Two Inuit Communities*, rapport présenté au Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.

KRAL, Michael J., Patricia K. WIEBE, Kari NISBET et coll. 2009. « Canadian Inuit Community Engagement in Suicide Prevention », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 68, nº 3, p. 292 à 308.

KUMAR, Mohan B (à venir). « Lifetime suicidal thoughts among adult First Nations living off-reserve, Métis and Inuit adult (26-59 years) women and men: Prevalence and associated characteristics », produit no 89-653-X au catalogue de Statistique Canada.

LANGLOIS, Kellie A., et Rochelle GARNER. 2013. « Trajectoires de la détresse psychologique au Canada chez les adultes ayant été exposés à une dépendance parentale dans leur enfance », *Rapports sur la santé*, vol. 24, nº 3, p. 15 à 23, produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

LUCAS, Michel, Éric DEWAILLY, Carole BLANCHET et coll. 2009. « Plasma omega-3 and psychological distress among Nunavik Inuit (Canada) », *Psychiatry Research*, vol. 167, nº 30, p. 266 à 278.

LUCAS, Michel, LAURENCE J. KIRMAYER, Serge DÉRY et coll. 2010. « Erythrocyte N-3 Is Inversely Correlated with Serious Psychological Distress among the Inuit: Data from the Nunavik Health Survey », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 29, nº 3, p. 211 à 221.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 1996. Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale.

Organisation mondiale de la Santé. 2014. *Déterminants sociaux de la santé*.

ORMEL, J., G.I. KEMPEN, B.W. PENNINX et coll. 1997. « Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects », *Psychological Medicine*, vol. 27, nº 5, p. 1065 à 1077.

PIKE, I., et coll. 2010. *Injury Prevention Indicators for Inuit Children and Youth*, Groupe de travail sur les indicateurs de blessures chez les enfants et les jeunes des Premières Nations et Inuits, Ottawa (Ontario).

SCOTT, K.M., R. BRUFFAERTS, A. TSANG et coll. 2007. « Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health surveys », *Journal of Affective Disorders*, vol. 103, p. 113 à 120.

SPEAR, Wayne K. 2014. *Full Circle: The Aboriginal Healing Foundation & the Unfinished Work of Hope, Healing & Reconciliation*, Fondation autochtone de guérison, Ottawa (Ontario).

TAIT, Heather. 2008. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : Santé et situation sociale des Inuits*, produit nº 89-637-X au catalogue de Statistique Canada.

TESTER, Frank James, et Paule McNICOLL. 2004. « Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide », *Social Science & Medicine*, vol. 58, nº 12, p. 2625 à 2636.

WALLACE, Susan. 2014. *Santé des Inuits : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012*, produit nº 89-653-X au catalogue de Statistique Canada.